

# RESUMEN *de* BENEFICIOS para 2023

Fecha de entrada en vigencia de los beneficios:  
1 de enero de 2023

Prominence Health Plan  
Prominence Plus (HMO)

Región sur de Texas  
Condados de Brooks, Cameron, Hidalgo,  
Jim Hogg, Starr, Webb, Willacy y Zapata

# RESUMEN *de* BENEFICIOS para 2023

## **Prominence Plus (HMO) H7680, Plan 002 (región sur de Texas)**

Este es un resumen de los servicios de salud y de medicamentos cubiertos por Prominence Health Plan del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023.

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que nosotros cubrimos y de lo que usted paga. Por ende, no enumera cada servicio cubierto ni cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite el folleto *Evidencia de cobertura de 2023* llamando al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede consultar y descargar este folleto en [ProminenceMedicare.com](http://ProminenceMedicare.com).

El plan Prominence Plus (HMO) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que están fuera de la red, es posible que el plan no pague por esos servicios.

Prominence Health Plan está disponible como plan HMO y como plan HMO y de necesidades especiales (SNP) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción a Prominence Health Plan depende de la renovación del contrato.

Para unirse al plan Prominence Plus (HMO), debe ser elegible para la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Texas:

**H7680-002 (región sur de Texas):** Brooks, Cameron, Hidalgo, Jim Hogg, Starr, Webb, Willacy y Zapata

Para obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su folleto actual Medicare y usted. Puede consultarlo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. (Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Este documento está disponible en otros formatos, como en braille o letra grande.

Para obtener más información, llámenos al 1-855-969-5882 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede visitarnos en [ProminenceMedicare.com](http://ProminenceMedicare.com).

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) Región sur de Texas (002)	Lo que debe saber
<b>Prima mensual del plan</b>	Usted paga \$0.	Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	Usted no paga ningún costo.	Este plan no tiene deducibles.
<b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b> (No incluye los costos de medicamentos recetados).	Usted paga \$3,400 por año.	Este es el monto máximo anual que paga por los copagos, los coseguros y otros costos de servicios médicos cubiertos en virtud de las Partes A y B de Medicare.
<b>Cobertura para pacientes hospitalizados</b>	Usted paga de \$0 a \$50 por día durante los días 1 a 5.* Usted paga \$0 por día durante los días 6 a 90.  * El copago dependerá del hospital. Determinados servicios hospitalarios se brindan sin costo.	El médico debe notificar al plan cuando usted es admitido en el hospital.
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía ambulatoria u otros servicios recibidos en un hospital para pacientes ambulatorios</li> <li>• Atención de observación</li> <li>• Servicios en centros quirúrgicos ambulatorios</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por los servicios hospitalarios ambulatorios.</p> <hr/> <p>Usted paga \$0 por todos los servicios recibidos durante la atención de observación.</p> <hr/> <p>Usted paga \$0 por los servicios recibidos en un centro quirúrgico ambulatorio.</p>	Se necesita una autorización previa para los servicios ambulatorios y de observación en centros de atención quirúrgica.
<b>Visitas al médico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico de atención primaria</li> <li>• Especialista</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por cada consulta a un médico de atención primaria.</p> <hr/> <p>Usted paga \$0 por cada consulta a un especialista.</p>	No es necesario que lo remitan a un especialista.

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) Región sur de Texas (002)	Lo que debe saber
<b>Atención preventiva</b>	Usted paga \$0 por los servicios preventivos de Medicare Original.	Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato.  Si desea más información, consulte el capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) en el folleto <i>Evidencia de cobertura de 2023</i> .
<b>Exploración física anual</b>	Usted paga \$0 por la exploración física anual.	Usted paga el monto del costo compartido del plan por pruebas de detección o de diagnóstico a las que se someta en preparación para la visita o como resultado de esta.
<b>Atención de emergencia</b>	Usted paga \$60 solo en un centro de emergencia independiente. Los servicios en otros centros de emergencia tienen un copago de \$125.	No se aplicará el copago si es admitido al hospital como paciente por la misma afección dentro de los tres días a partir de la visita de atención de emergencia.  Cobertura anual máxima: el monto de \$25,000 se aplica a los servicios de emergencia y a las visitas de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos.
<b>Servicios necesarios de urgencia</b>	Usted paga \$0 por visita.	No se aplicará el copago si es admitido al hospital como paciente por la misma afección dentro de los tres días a partir de la visita de atención de urgencia.
	Usted paga \$0 por las visitas de atención médica de urgencia fuera de los Estados Unidos.	Cobertura anual máxima: el monto de \$25,000 se aplica a los servicios de emergencia y a las visitas de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos.

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) Región sur de Texas (002)	Lo que debe saber
<p><b>Servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorio o diagnóstico por imágenes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos, pruebas y servicios de laboratorio y de diagnóstico</li> <li>• Servicios de diagnóstico radiológico (como tomografías computarizadas [TC] y resonancias magnéticas [RM])</li> <li>• Servicios radiológicos terapéuticos</li> <li>• Radiografías para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por los procedimientos, las pruebas y los servicios de diagnóstico y de laboratorio.</p> <p>Usted paga \$0 por servicios de diagnóstico radiológico, como TC y RM.</p> <p>Usted paga \$20 por servicios radiológicos terapéuticos.</p> <p>Usted paga \$0 por servicios de radiografía.</p>	<p>Se necesita una autorización previa para servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico, y para servicios de laboratorio de pruebas genéticas.</p>
<p><b>Servicios de audición</b></p>	<p>Usted paga \$0 por un examen de audición de rutina (pruebas para ajustar los audífonos). Se cubre un examen por año.</p> <p>Usted paga \$0 por servicios de audición cubiertos por Medicare (exámenes de diagnóstico de audición y balance).</p>	<p>Se aplica un monto máximo de cobertura anual de \$600 para audífonos (por oído).</p> <p>Usted es responsable de cualquier monto que supere el límite de la cobertura de los audífonos.</p> <p>Todas las citas se deben programar a través de Hearing Care Solutions. Puede comunicarse llamando al 866-344-7756.</p> <p>Todos los audífonos se deben comprar a través de Hearing Care Solutions.</p> <p>No se requieren autorizaciones previas ni remisiones.</p> <p>El monto de gastos de bolsillo del miembro por los audífonos varía según el nivel de tecnología que elija.</p>
<p><b>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare</b></p>	<p>Usted paga \$0 por servicios odontológicos cubiertos por Medicare.</p>	<p>No se requieren autorizaciones previas ni remisiones.</p>

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) Región sur de Texas (002)	Lo que debe saber
<b>Servicios odontológicos preventivos e integrales</b>	<p>Los servicios odontológicos preventivos e integrales están incluidos sin prima mensual adicional.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpiezas dentales (una cada seis meses)</li> <li>• Exámenes orales (una vez al año)</li> <li>• Radiografías dentales (una vez al año)</li> <li>• Servicios que no sean de rutina</li> <li>• Servicios de diagnóstico</li> <li>• Servicios de reparación</li> <li>• Endodoncia</li> <li>• Periodoncia</li> <li>• Extracciones</li> <li>• Prostodoncia</li> <li>• Otras cirugías bucales/ maxilofaciales</li> </ul>	<p>No se cobra deducible, copago ni coseguro por los servicios odontológicos preventivos.</p> <p>Se aplica un coseguro de entre el 0 % y el 50 % para los servicios odontológicos integrales.</p> <p>El monto máximo de cobertura es de \$2,000 por año para servicios odontológicos preventivos e integrales.</p> <p>Usted es responsable de cualquier monto que supere el límite de la cobertura odontológica.</p> <p>No se requieren autorizaciones previas ni remisiones.</p>
<b>Servicios para la vista</b>	<p>Usted paga \$0 por exámenes de la vista cubiertos por Medicare (exámenes para diagnosticar y tratar afecciones oculares).</p> <p>Usted paga \$0 por un examen de la vista de rutina (refracción ocular para anteojos y lentes de contacto). Se cubre un examen por año.</p> <p>Usted recibe una asignación anual de \$200 para dispositivos de corrección de la vista, como anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto.</p>	<p>No se requieren autorizaciones previas ni remisiones.</p> <p>Debe utilizar la red de proveedores oftalmológicos National Vision Administrators.</p>

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) Región sur de Texas (002)	Lo que debe saber
<b>Servicios de salud mental</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas como paciente hospitalizado</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por día durante los días 1 a 5.</p> <p>Usted paga \$0 por día durante los días 6 a 90 en el caso de estadías de salud mental para pacientes hospitalizados.</p> <p>Para el uso de los días de reserva vitalicios cubiertos por Medicare (que se usan si la estadía hospitalaria por servicios de salud mental dura más de 90 días por período de beneficios), usted paga \$0 por día durante los días 1 a 5.</p> <p>Usted paga \$0 por día durante los días 6 a 60.</p>	<p>En el caso de las estadías de atención de la salud mental para pacientes hospitalizados, el médico debe notificar al plan cuando usted es admitido en el hospital.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas de terapia para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por sesiones de salud mental individuales o grupales.</p>	<p>Se requiere autorización previa para las sesiones psiquiátricas individuales o grupales; no se requiere autorización previa para los servicios especializados de salud mental por parte de un proveedor no médico.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalización parcial</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por servicios de hospitalización parcial.</p>	<p>Se requiere autorización previa para los servicios de hospitalización parcial.</p>
<b>Centro de enfermería especializada</b>	<p>Usted paga \$0 por día durante los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga \$50 por día durante los días 21 a 100.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p>
<b>Fisioterapia</b>	<p>Usted paga \$0 por visita.</p>	<p>Se necesita autorización previa para las visitas adicionales al límite de 12 visitas por año.</p>
<b>Ambulancia</b>	<p>Usted paga \$300 por tramo de transporte.</p>	<p>Se aplica un copago por tramo. Un tramo equivale al transporte en ambulancia hasta el centro apropiado más cercano. Si luego se transporta al miembro en ambulancia a otra instalación, se incurre en otro tramo.</p> <p>Se requiere autorización previa para transporte que no sea de emergencia.</p> <p>El copago se aplica si se lo admite en el hospital como paciente.</p>

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) Región sur de Texas (002)	Lo que debe saber
<b>Transporte</b>	Usted paga \$0 por servicios de transporte aprobados por el plan.	Se requiere autorización previa.  Se cubren viajes de un tramo ilimitados a centros de salud aprobados por el plan cada año calendario. Es posible que se apliquen límites de kilometraje.
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	Usted paga el 20 % del costo total de los medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B.	Se requiere autorización previa para todos los medicamentos de la Parte B con un costo mayor a \$100.
<b>Equipos/suministros médicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="87 779 467 894">• Equipo médico duradero (EMD) (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)</li> <li data-bbox="87 961 505 1108">• Prótesis (p. ej., aparatos ortopédicos y extremidades artificiales) y suministros médicos</li> <li data-bbox="87 1178 513 1213">• Suministros para diabéticos</li> </ul>	<p data-bbox="537 680 935 789">Usted paga el 0 % del costo total del equipo médico duradero.</p> <p data-bbox="537 926 984 995">Usted paga el 0 % del costo total de los dispositivos protésicos.</p> <p data-bbox="537 1041 984 1110">Usted paga el 0 % del costo total de los suministros médicos.</p> <p data-bbox="537 1178 935 1287">Usted paga el 0 % del costo total de los suministros para diabéticos.</p> <p data-bbox="537 1333 943 1442">Usted paga el 0 % del costo total de zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos.</p>	<p data-bbox="1016 680 1528 869">Se requiere autorización previa para todos los artículos de EMD con un precio de compra mayor que \$1,000 o un precio de alquiler mayor que \$75 por mes, en caso de que se alquilen.</p> <p data-bbox="1016 926 1528 1150">Se requiere autorización previa para prótesis/suministros médicos con un precio de compra mayor que \$500 o un precio de alquiler mayor que \$38.50 por mes, en caso de que se alquilen.</p> <p data-bbox="1016 1178 1536 1442">Los únicos medidores de glucosa en sangre y tiras reactivas cubiertos son los productos CONTOUR® fabricados por Ascensia Diabetes Care. (No se requiere autorización, a menos que se solicite una cantidad superior a 150 tiras por suministro de 30 días).</p> <p data-bbox="1016 1467 1511 1692">Todos los suministros de monitorización continua de glucosa requieren autorización previa. La única marca de productos cubierta es FREESTYLE LIBRE® de Abbott Diabetes Care, Inc.</p> <p data-bbox="1016 1717 1463 1856">Las marcas alternativas de suministros para el control de la diabetes requieren autorización previa con necesidad médica.</p> <p data-bbox="1016 1881 1536 1990">La cobertura está limitada a un medidor o dispositivo de monitorización continua de glucosa cada 365 días.</p>



Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) Región sur de Texas (002)	Lo que debe saber
<b>Servicios de podología</b> (cuidado del pie)	Usted paga \$0 por la atención podológica de rutina.	Hay un límite de 12 visitas por año.
	Usted paga \$0 por servicios de podología cubiertos por Medicare.	No se requieren autorizaciones previas ni remisiones.
<b>Atención quiropráctica</b>	Usted paga \$0 por servicios quiroprácticos de rutina.	Se requiere autorización previa para todas las visitas adicionales al límite de 12 visitas al año.
	Usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medicare.	Se requiere autorización previa para todas las visitas adicionales al límite de 12 visitas al año.
<b>Programa de comidas</b> (posterior a la hospitalización)	Usted paga \$0.	Se requiere autorización previa.  Puede cumplir con los requisitos para recibir hasta 42 comidas a domicilio durante un período de 14 días, según sus necesidades.
<b>Beneficio de alimentos</b>	Los miembros con insuficiencia renal en etapa terminal pueden ser elegibles para una asignación mensual de \$250.	Es posible que se requiera autorización previa y la aprobación de la coordinación de atención médica.  Otras afecciones crónicas incluyen las siguientes: enfermedades autoinmunes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, trastornos de salud mental crónicos e incapacitantes, trastornos de dependencia crónica a drogas o alcohol, insuficiencia cardíaca crónica, enfermedades pulmonares crónicas, demencia, diabetes, enfermedad hepática terminal, arritmias cardíacas, VIH/sida, hipertensión, obesidad mórbida, trastornos neurológicos, trastornos graves de la sangre y accidente cerebrovascular.
	Los miembros con otras afecciones crónicas (p. ej., hipertensión, diabetes, etc.) pueden ser elegibles para una asignación mensual de \$60.	
	Es posible que los miembros que reciben asistencia en virtud del programa Ayuda Adicional de Medicare reciban una tarjeta para alimentos por un monto de \$25.	

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) Región sur de Texas (002)	Lo que debe saber
<b>Beneficio de acondicionamiento físico</b> (programa de ejercicios y envejecimiento saludable Silver&Fit®)	Usted paga \$0.	Brinda acceso a una membresía de gimnasio en una ubicación de la red participante y la opción de seleccionar un kit Home Fitness, incluidos Fitbit, Garmin, yoga, kits para entrenamiento de fuerza y más.
<b>Productos y medicamentos de venta libre (OTC)</b>	Usted recibe una asignación de \$40 por mes para artículos OTC.	Los saldos sin usar no se transfieren al siguiente período.
<b>Servicios de telemedicina</b>	Usted paga \$0 por atención primaria y \$0 por servicios de salud mental.	Se aplica a servicios de médicos de atención primaria y sesiones individuales para servicios especializados de salud mental.

**MEDICAMENTOS RECETADOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS EN FARMACIAS DE VENTA MINORISTA DENTRO DE LA RED**

**Prominence Plus (HMO)  
Región sur de Texas (002)**

Suministro para 30 días en farmacia de venta minorista\*

<b>Etapa de deducible anual</b>	No se aplica ningún deducible.
<b>Etapa de cobertura inicial</b> Nivel 1: medicamento genérico preferido Nivel 2: medicamento genérico Nivel 3: medicamento de marca preferida Nivel 4: medicamento no preferido Nivel 5: medicamento de especialidad Nivel 6: medicamento seleccionado	Usted paga \$0 Usted paga \$12 Usted paga \$35 Usted paga \$100 Usted paga el 33 % del costo total Usted paga \$0
<b>Etapa de brecha de cobertura</b> (Ingresará en la etapa de brecha de cobertura cuando los costos totales de medicamentos sumen \$4,660).	En el caso de los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5, usted paga lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El 25 % del costo total de los medicamentos de marca.</li> <li>• El 25 % del costo total de los medicamentos genéricos.</li> </ul> Se cubren los niveles 1, 2 y 6 en la brecha.
<b>Etapa de cobertura catastrófica</b> (Ingresará en la etapa de cobertura catastrófica cuando los gastos de bolsillo de sus medicamentos sumen \$7,400).	En el caso de los medicamentos de los niveles 1, 2, 3, 4, 5 y 6, usted paga lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$4.15 (para medicamentos genéricos o medicamentos que se tratan como genéricos).</li> <li>• \$10.35 (para todos los demás medicamentos).</li> <li>• El 5 % del costo total (lo que sea mayor).</li> </ul>

\* Los medicamentos recetados pueden tener hasta un suministro de 100 días. Si vive en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia de venta minorista.

**MEDICAMENTOS RECETADOS DE PEDIDO POR CORREO  
PARA PACIENTES AMBULATORIOS**

**Prominence Plus (HMO)  
Región sur de Texas (002)**

Suministro para 100 días de pedido por correo

<b>Etapa de deducible anual</b>	No se aplica ningún deducible.
<b>Etapa de cobertura inicial</b> Nivel 1: medicamento genérico preferido Nivel 2: medicamento genérico Nivel 3: medicamento de marca preferida Nivel 4: medicamento no preferido Nivel 5: medicamento de especialidad Nivel 6: medicamento seleccionado	Usted paga \$0 Usted paga \$24 Usted paga \$70 Usted paga \$300 No disponible Usted paga \$0
<b>Etapa de brecha de cobertura</b> (Ingresará en la etapa de brecha de cobertura cuando los costos totales de medicamentos sumen \$4,660).	En el caso de los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5, usted paga lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El 25 % del costo total de los medicamentos de marca.</li> <li>• El 25 % del costo total de los medicamentos genéricos.</li> </ul> Se cubren los niveles 1, 2 y 6 en la brecha.
<b>Etapa de cobertura catastrófica</b> (Ingresará en la etapa de cobertura catastrófica cuando los gastos de bolsillo de sus medicamentos sumen \$7,400).	En el caso de los medicamentos de los niveles 1, 2, 3, 4, 5 y 6, usted paga lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$4.15 (para medicamentos genéricos o medicamentos que se tratan como genéricos).</li> <li>• \$10.35 (para todos los demás medicamentos).</li> <li>• El 5 % del costo total (lo que sea mayor).</li> </ul>

El costo compartido puede cambiar cuando ingresa a otra etapa de los beneficios de la Parte D. Para obtener información más específica sobre las etapas de los beneficios, llámenos o consulte el folleto “Evidencia de cobertura de 2023” en línea en [ProminenceMedicare.com](http://ProminenceMedicare.com).

## **Lista de verificación previa a la inscripción**

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda nuestros beneficios y reglas en su totalidad. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al 855-969-5882 (TTY: 711) para hablar con un representante del Servicio de Atención al Cliente, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

### **Información sobre los beneficios**

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC), en especial aquellos servicios por los que suele consultar a su médico. Visite [ProminenceMedicare.com](http://ProminenceMedicare.com) o llame al 855-969-5882 (TTY: 711) para obtener una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte con su médico) para asegurarse de que los médicos que visita formen parte de la red. Si no se encuentran en la lista, esto significa que es posible que deba elegir a un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que le suministra los medicamentos recetados pertenece a la red. Si la farmacia no se encuentra en la lista, es posible que deba elegir una nueva farmacia para resurtir sus medicamentos recetados.

### **Información sobre las reglas importantes**

- Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. En general, esta prima se debita de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año del plan.
- Excepto en casos de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios prestados por proveedores que se encuentren fuera de la red (es decir, médicos que no se mencionan en el directorio de proveedores).

Prominence Health Plan está disponible como plan HMO y como plan HMO SNP que tiene un contrato con Medicare. La inscripción a Prominence Health Plan depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame al 1-855-969-5882 (TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

Se pueden aplicar límites, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y/o los copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año. El formulario de medicamentos, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* en nuestro sitio web, disponible en [ProminenceMedicare.com](http://ProminenceMedicare.com).

Puede ver el *Formulario* de medicamentos completo del plan (lista de los medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web, disponible en [ProminenceMedicare.com](http://ProminenceMedicare.com).

American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH), proporciona el programa Silver&Fit®. No todos los programas y servicios están disponibles en todas las áreas. Silver&Fit es una marca registrada de ASH y se usa con permiso en este documento.

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-969-5882 (TTY: 711).